

ÉTAT MÉDICAL

* 1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé(e) pour des problèmes médicaux ?
(Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication)

[][]

2 - Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ?

[][] ans [][] mois

3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ?

[]

0 - Non 1 - Oui
Précisez :

4 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ?

[]

0 - Non 1 - Oui

5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (hors d'une incapacité psychiatrique)

[]

0 - Non 1 - Oui
Précisez :

6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ?

[][]

Questions 7 et 8 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

7 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé(e) ou préoccupé(e) par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ?

[]

8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une prise en charge pour ces problèmes médicaux ?

[]

Évaluation de sévérité par l'interviewer

9 - Comment évaluez-vous son besoin d'une prise en charge médicale ?

[]

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

10 - volontairement par le/la bénéficiaire

[]

0 - Non 1 - Oui

11 - par son incapacité à comprendre

[]

0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

* 1 - Chirurgie bariatrique?

[]

0- Non 1- Oui

Si oui, combien de temps s'est écoulé depuis l'intervention ?

[][] ans [][] mois

* 3 - Sérologie hépatite et VIH ?

* Êtes-vous enceinte?

[]

0- Non 1- Oui

TSR - PROBLÈMES DE SANTÉ

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?	_ _	_ _
5. Avez-vous vu un(e) infirmier(e) ou un(e) professionnel(le) de la santé pour obtenir des soins ?	_ _	_ _
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé :		
• En consultation individuelle ?	_ _	_ _
• En session de groupe ?	_ _	_ _

EMPLOI / RESSOURCES

* 1 - Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans) ans mois

* 2 - Formation ou études techniques mois

3 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence ?
0 - Non
1 - Oui (préciser) :

4 - Avez-vous un permis de conduire valide ?
0 - Non 1 - Oui

5 - Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non)
0 - Non 1 - Oui

6 - Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ? ans mois

7 - Activité professionnelle actuelle (ou dernière activité professionnelle)
Précisez :

8 - Quelqu'un contribue-t-il à vous soutenir financièrement d'une manière ou d'une autre ?
0 - Non 1 - Oui

9 - (Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ?
0 - Non 1 - Oui

10a - Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années

- 1 - Temps plein (35 heures/semaine)
- 2 - Temps partiel (heures régulières)
- 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée)
- 4 - Étudiant(e)
- 5 - Service militaire
- 6 - Retraité(e) / Invalidité
- 7 - Sans emploi
- 8 - Environnement contrôlé

11 - Combien de journées de travail avez-vous été payé(e) au cours des 30 derniers jours (y compris travail non déclaré) ?

Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?

12 - Emploi (revenu net)

13 - Chômage

14 - Aide sociale

15 - Pension

16 - Conjoint, famille, amis ou gains

17 - Illégal

18 - Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins ? (nourriture, logement, etc.)

19 - Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi ou de ressources financières au cours des 30 derniers jours ?

Questions 20 et 21 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

20 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé(e) ou préoccupé(e) par ces problèmes d'emploi ou de ressources financières au cours des 30 derniers jours ?

21 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une aide pour ces problèmes d'emploi ou de ressources financières ?

Évaluation de sévérité par l'interviewer

22 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

23 - volontairement par le/la bénéficiaire
0 - Non 1 - Oui

24 - par son incapacité à comprendre
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

10b - Curatelle ou tutelle actuellement ?
0 - Non 1 - Oui

TSR – PROBLÈMES D’EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIÈRES

* Au cours des 30 derniers jours , combien de fois :	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ?		
• Directement auprès de Pôle Emploi ?	__ __	__ __
• Par l’intermédiaire d’une autre personne	__ __	__ __
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l’assurance-chômage, de l’aide sociale, ou d’un autre organisme de ce type :		
• Directement auprès de cet organisme ?	__ __	__ __
• Par l’intermédiaire d’un(e) intervenant(e) ou thérapeute ?	__ __	__ __
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d’emploi ou de ressources financières :		
• En consultation individuelle ?	__ __	__ __
• En session de groupe ?	__ __	__ __

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *.

SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

	30 derniers jours	Nb prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie		Usage régulier* (ASI suivi)	Abstinence* (ASI suivi)
* <u>1</u> alcool toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>2</u> alcool intoxic	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>3</u> héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4a</u> méthadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4b</u> buprénorphine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dose _____ mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>5</u> autres opiacés/ analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dose _____ mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>6</u> barbituriques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>7</u> autres sédatifs/ hyp/tranq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>8</u> cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>9</u> amphétamines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>10</u> cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>11</u> hallucinogènes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12</u> inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

dose _____ mg
dose _____ mg

CBD

0= non, sans CBD
1= oui THC/CBD
2= oui CBD exclusif

Usage régulier dep dern ASI*: 0 = pas d' usage rég., 1 = au moins 2sem rég

Abstinence dep dern ASI*: 0 = Abstinenc, 1 = Au moins 2sem sans usage, 2 = Pas d' abstinence (supérieure à 2sem)

Voie d'administration: 1 = orale, 2 = nasale, 3= fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV
Prescription : 0 = non ; 1 = oui

* <u>13</u> plus d'une substance par jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12b</u> tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12b'</u> e-cigarette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nicotine dose _____ mg/jr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12d</u> - tous jeux - dont jeux d'argent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0=non ; 1=oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12e</u> Avez-vous été préoccupé(e) par votre poids/alimentation/comportement alimentaire, ET avez-vous eu la sensation de perdre le contrôle et/ou fait des tentatives infructueuses de maîtrise de votre poids, alimentation ou comportement alimentaire?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
30 derniers jours	<input type="text"/>		Vie entière	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si oui, comment cela se manifeste ? Veuillez proposer tous les moyens, et cochez la/les cases correspondantes, plusieurs réponses possibles

<input type="checkbox"/> 1 = Restriction/ régimes draconien	<input type="checkbox"/> 5 = Hyperactivité physique
<input type="checkbox"/> 2 = Prise alimentaire compulsive	<input type="checkbox"/> 8 = Grignotage
<input type="checkbox"/> 3 = Vomissements	<input type="checkbox"/> 9 = Remplissage
<input type="checkbox"/> 4 = Laxatifs-diurétique- autres substances	<input type="checkbox"/> 7 = Autre : précisez _____

Moyen : (code 6 si combinaison)

*12c Autre addiction sans substance posant problème : _____ (précisez) 0= non ; 1= oui

Si oui, 30 derniers jours Toute la vie (en années)

14 Quelle(s) substances et/ou comportement(s) pose(nt) le problème principal ?
(Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances/comportement ; 17-tabac; 19- autre addiction sans substance ; 20- e-cigarette)

Si 04, préciser si cette substance est **M**= Méthadone, **B**= Buprénorphine, sinon coder **N**

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12b'	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	------	-----	-----	-----

Si plusieurs substances et/ou comportements, veuillez entourer tous ceux déclarés comme problématiques

*15) - Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance - en mois - (00-jamais abstinent)

--	--

*16) Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé ? - en mois - (00-encore abstinent)

--	--

*17) Combien de fois avez-vous eu :
 - un delirium tremens (alcool)
 - une overdose (drogue)

*18) Combien de fois dans votre vie avez-vous été pris(e) en charge pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

*19) Parmi ces prises en charge, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) **SEULEMENT** (pas de postcure, ou pas de suivi ambulatoire en addictologie, etc.) pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

20) Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- e-cigarette
- jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

21) Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été pris(e) en charge **en ambulatoire** pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance ? (y compris AA, NA, OA, délivrance en pharmacie)

--	--

ASI DE SUIVI
(18a) Avez-vous été pris(e) en charge ici depuis le dernier ASI ?
 1 = Oui en continu
 2 = Oui mais avec interruption(s) du suivi
 3 = Non

(18b) Êtes-vous actuellement pris(e) en charge ici ?
 1 = Oui 2 = Non

22) Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problèmes/préoccupations d' alcool	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de substances (hors alcool et tabac)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations d' e-cigarette	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de jeux	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations d' alimentation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- pb/préoccupations autre addiction sans substance (hors jeux et pb alimentation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Questions 23 et 24 : demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective :

23) Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé(e) ou préoccupé(e) par des :

- problèmes/préoccupations d' alcool	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de substances (hors alcool et tabac)	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de tabac	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations d' e-cigarette	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de jeux	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations d' alimentation	<input type="text"/>
- pb/préoccupations autre addiction sans substance (hors jeux et pb d'alimentation)	<input type="text"/>

24) Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une prise en charge pour ces :

- problèmes/préoccupations d' alcool	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de substances (hors alcool et tabac)	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de tabac	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations d' e-cigarette	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations de jeux	<input type="text"/>
- problèmes/préoccupations d' alimentation	<input type="text"/>
- autre addiction sans substance (hors jeux et pb d'alimentation)	<input type="text"/>

Évaluation de sévérité par l'interviewer

25b Selon vous, quelle(s) substances et/ou comportements pose(nt) le problème principal ? **Entourez tous le(s) numéro(s) correspondant(s)**

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12b'	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	------	-----	-----	-----

25 Comment évaluez-vous (0-9) son besoin de prise en charge pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

26 Volontairement par le/la bénéficiaire

- 0- Non
1- Oui

27 Par son incapacité à comprendre

- 0- Non
1- Oui

TSR – PROBLÈMES LIÉS AUX SUBSTANCES

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

dans cet organisme

ailleurs

7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les substances ?

__|__

__|__

8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA ?

__|__

__|__

9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?

__|__

__|__

10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à des substances

- En consultation individuelle ?

__|__

__|__

- En session de groupe ?

__|__

__|__

TSR – PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

dans cet organisme

ailleurs

- | | | |
|--|-------|-------|
| 7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool ? | _ _ | _ _ |
| 8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12-étapes ? | _ _ | _ _ |
| 9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ? | _ _ | _ _ |
| 10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool | | |
| • En consultation individuelle ? | _ _ | _ _ |
| • En session de groupe ? | _ _ | _ _ |

TSR – PROBLÈMES LIÉS AU TABAC

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

dans cet organisme

ailleurs

- | | | |
|--|-------|-------|
| 7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le tabac ? | _ _ | _ _ |
| 9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ? | _ _ | _ _ |
| 10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au tabac | | |
| • En consultation individuelle ? | _ _ | _ _ |
| • En session de groupe ? | _ _ | _ _ |

TSR – PROBLÈMES LIÉS AU JEU

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

dans cet organisme

ailleurs

- | | | |
|--|-------|-------|
| 7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le jeu pathologique ? | _ _ | _ _ |
| 8. Avez-vous participé à une réunion de type "joueur anonyme" ? | _ _ | _ _ |
| 9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ? | _ _ | _ _ |
| 10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au jeu | | |
| • En consultation individuelle ? | _ _ | _ _ |
| • En session de groupe ? | _ _ | _ _ |

TSR – PROBLÈMES LIÉS À L'ALIMENTATION

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

dans cet organisme

ailleurs

- | | | |
|---|-------|-------|
| 7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les troubles alimentaires ? | _ _ | _ _ |
| 8. Avez-vous participé à des activités expressions corporelles, expressions artistiques, ou des réunions de type "Outremangeurs anonymes" ? | _ _ | _ _ |
| 9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ? | _ _ | _ _ |
| 10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alimentation | | |
| • En consultation individuelle ? | _ _ | _ _ |
| • En session de groupe ? | _ _ | _ _ |

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille **biologique** ont-elles ou ont-elles eu des difficultés liées au tabac, à l'alcool, aux substances psychoactives ou autres addictions sans substance, ou des problèmes psychologiques qui ont ou auraient dû nécessiter une prise en charge?

	Côté Maternel					Côté Paternel					Fratrerie						
	Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych		Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych		Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych
Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fr 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fr 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sr 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sr 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Consigne : Ces questions portent exclusivement sur la famille **biologique** du bénéficiaire. Noter « **0** » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie ; « **1** » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « **X** » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « **N** » lorsque le ou la bénéficiaire n'a jamais eu personne de ce degré de parenté (oncles, tantes, frères, sœurs). Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus dans une même catégorie (oncles, tantes, frères, sœurs). Précisez les motifs pour les items « Autre » et « Psych ».

TSR – PROBLÈMES FAMILIAUX

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux **en présence** de votre famille :
- Avec un(e) thérapeute familial spécialisé(e) dans ce domaine ?
 - Avec un(e) autre intervenant(e) ou thérapeute ?

dans cet organisme ailleurs

_ _	_ _
_ _	_ _

4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux **en l'absence** de votre famille :
- Avec un(e) thérapeute familial spécialisé(e) dans ce domaine ?
 - Avec un(e) autre intervenant(e) ou thérapeute ?

_ _	_ _
_ _	_ _

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

* 1 - État civil :
1 - Marié(e)/Vie maritale 4 - Séparé(e)
2 - Remarié(e) 5 - Divorcé(e)
3 - Veuf(ve) 6 - Célibataire

2 - Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ?
 ans mois
Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié(e) ni en vie maritale

* 3 - Êtes-vous satisfait(e) de cette situation?
0 - Non 1 - Indifférent(e) 2 - Oui

* 4 - Conditions de vie habituelles der 3 ans
1 - avec conjoint(e) et enfants
2 - avec conjoint(e) seulement
3 - avec enfants seulement
4 - avec parents
5 - avec famille
6 - avec amis
7 - seul
8 - environnement contrôlé
9 - pas de conditions de vie stables

5 - Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles ?
 ans mois
(Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

* 6 - Êtes-vous satisfait(e) de ces conditions de vie ?
0 - Non 1 - Indifférent(e) 2 - Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :
0 - Non 1 - Oui

6 A problèmes d'alcool ?
6 B problèmes de substances non prescrites ?
6 C problèmes de tabac ?
6 D problèmes d'addiction sans substance ?

7 - Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?
1 - famille
2 - amis
3 - seul(e)

8 - Êtes-vous satisfait(e) de cette façon de passer votre temps libre ?
0 - Non 1 - Indifférent(e) 2 - Oui

9 - Combien d'amis intimes avez-vous ?

Consignes pour 9A à 18 :
Noter « 0 » dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le ou la bénéficiaire n'a jamais eu personne de ce degré de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche ?
0 - Non 1 - Oui

Mère
Père
Frère/sœur
Époux(se)/partenaire sexuel(le)
Enfants
Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :
0 - Non 1 - Oui

10 - Mère
11 - Père
12 - Frère/sœur
13 - Époux(se)/partenaire sexuel(le)
14 - Enfants
15 - Autre parent important à vos yeux :
16 - Amis intimes
17 - Voisins
18 - Collègues de travail

Est-ce que certaines de ces personnes (items 10 à 18) ont abusé de vous :
0 - Non 1 - Oui

18 A - Émotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)
18 B - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)
18 C - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

19 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?

Avec votre famille
Avec d'autres personnes (famille exclue)

Questions 20 et 23 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé(e) ou préoccupé(e) au cours des 30 derniers jours par ces :

20 - Problèmes familiaux
21 - Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une prise en charge ou de l'aide pour ces :

22 - Problèmes familiaux
23 - Problèmes sociaux

Évaluation de sévérité par l'interviewer

24 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

25 - volontairement par le/la bénéficiaire
0 - Non 1 - Oui

26 - par son incapacité à comprendre
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

* ① Combien de fois avez-vous été pris(e) en charge pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :

- En secteur fermé
- En ambulatoire

* ② Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?

0 – Non 1 – Oui

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez :

0 – Non 1 – Oui

30 dans
der toute
jours la vie

③ - Eu une dépression grave

④ - Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave

⑤ - Connu des hallucinations

⑥ - Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir

⑦ - Éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent

⑧ - Eu des sérieuses idées de suicide

⑨ - Tenté de vous suicider

⑩ - Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?

⑪ - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? (**items 3 à 9**)

--	--

Questions 12 et 13 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

⑫ - Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé(e) ou préoccupé(e) par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

⑬ - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une prise en charge ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

Les items suivants sont à compléter par l'interviewer

Au moment de l'entretien, le/la bénéficiaire est :

0 – Non 1 – Oui

⑭ - Manifestement déprimé/renfermé(e)

⑮ - Manifestement hostile

⑯ - Manifestement anxieux/nerveux(se)

⑰ - a des difficultés à évaluer objectivement la situation, troubles de l'idéation, déni

⑱ - a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir

⑲ - a des pensées suicidaires

Évaluation de sévérité par l'interviewer

⑳ - Comment évaluez-vous son besoin de prise en charge psychiatrique/psychologique ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

⑳ - volontairement par le/la bénéficiaire
0 – Non 1 – Oui

㉑ - par son incapacité à comprendre
0 – Non 1 – Oui

COMMENTAIRES

TSR – PROBLÈMES ÉMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Au cours des **30 derniers jours**, combien de fois :

dans cet organisme

ailleurs

5. Avez-vous en consultation, pratiqué une forme de relaxation de biofeedback, d'EMDR ou de méditation :

- En présence d'un(e) professionnel(le) spécialisé(e) dans ce domaine ?
- En présence d'un(e) autre intervenant(e) ou thérapeute ?

--	--

--	--

--	--

--	--

6. Avez-vous, en consultation, pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement :

- En présence d'un(e) professionnel(le) spécialisé(e) dans ce domaine ?
- En présence d'un(e) autre intervenant(e) ou thérapeute ?

--	--

--	--

--	--

--	--

7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels :

- Avec un(e) psychiatre / psychologue / psychothérapeute ?
- Avec un(e) autre intervenant(e) ou thérapeute ? (ex : médecin généraliste)

--	--

--	--

--	--

--	--